FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966

709

THESE

Présentée pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Guillermo POZO PRADAS

né le 28-3-1941 à Santiago du Chili

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PROBLEME DU DIVORCE ET DES MALADIES MENTALES

Président: M. S. de SEZE, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546023_0027

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966

THESE

Présentée pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Guillermo POZO PRADAS

né le 28-3-1941 à Santiago du Chili

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PROBLEME DU DIVORCE ET DES MALADIES MENTALES

Président: M. S. de SEZE, Professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALERRY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R., QUENU (J.), RENARD (G.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN.....M. BROUET (G.)
1er ASSESSEUR.....M. BARGETON (D.)
2° ASSESSEUR.....M. GOSSET (J.)

I. - PROFESSEURS

I° - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
---	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
---	DOGNON (A.)
---	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)

Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
---	KUSS (R.)
---	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
---	BRIGAIRE (H.)
---	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
---	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
---	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (CH.)
Bactériologie	BARBIER (P.)

Biochimie médicale ..... (DESGREZ (P.)
) DREYFUS (J.-Cl.)

Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)

Histologie ..... COUJARD (R.)

Parasitologie ..... LARIVIERE (M.)

Pathologie expérimentale ..... (LOEPER (J.)
) RICHET (G.)

Physiologie ..... (DEJOURS (P.)
(ROUCAYROL (J.-Cl.)
(SCHERRER (J.)

Physique médicale ..... (KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
(TUBIANA (M.)

Radiologie médicale ..... FISCHGOLD (H.)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires : MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)

Clinique cardiologique (Broussais) ..... SOULIE (P.)

--- --- (Boucicaut) ..... LENEGRE (J.)

Cliniques Chirurgicales ..... (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(--- ..... N...
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICART (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin). MERLE D'AUBIGNE (R.)

--- --- --- (Foch) .. PADOVANI (P.)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique
(Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)

Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	LOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) .	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales ..... (Bicêtre	DEPARIS (M.)
(Broussais	MILLIEZ (P.)
(Cochin	BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
(Laribboisière	SEZE (S. de)
(Pitié	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine	KOURILSKI (R.)
(Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANCON (L.
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales ..... (Baudelocque	LACOMME (M.)
(Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
--- ---- (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
--- --- (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
--- --- (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
--- --- (Pitié)	RAMBERT (P.)
--- --- (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	(ANDRE (R.)) BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	(AZERAD (E.)) BOUR (H.)
	(CABROL (Ch.)) GROSSIORD (A.)
Médecine	(LAMBLING (A.)) LAUNAY (Cl.)
	(PAYET (M.)) PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)) WORMS (R.)

Neuro-chirurgie		LE BEAU (J.)
Neurologie		LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie		PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie		MADURO (R.)
Pédiatrie	( )	POLONOVSKI (Cl.) ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	( )	KREIS (B.) MEYER (A.)
Rhumatologie		DELBARRE (F.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique		GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie		VOURC'H (G.)
Bactériologie		CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	( )	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale		HARTMANN (L.)
Hématologie		BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses		DUPONT (V.)
Physique médicale	( )	COURSAGET (J.) GALEY (F.)
Physiologie		GIRARD (Fr.)
Stomatologie		CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique		CHASSAGNE (P.)

III. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY(P.) Pr.s.ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV. - PROFESSEUR ASSOCIE

Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)

Conseillers administratifs ..... (Mlle CHAINTREUIL (G.)
) M. FAYER (R.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .....
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... (M. le Docteur HAHN (L.

Conservateurs ..... (Mlles DUMAITRE (P.),
) LAURENT (H.), LE NOIR (

Bibliothécaires ..... (Mmes CONTET (J.),
) FORGET (F.),
(Mlles DUROZOY (M.-F.)
) ROBERGE (D.),
(Dr. SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme

En témoignage de mon Amour.

A ma Mère

A mon Père

Faible témoignage de mon
tendre attachement.

A ma Soeur, à mon Frère

A mon affection fraternelle.

A Monsieur de SÈZE

Officier de Légion d'Honneur
Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien agréer l'expression
de nos respectueux remerciements.

A Mon Maître Monsieur BARUK

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin Chef de l'Etablissement Nationale de Bienfaisance de Saint-Maurice

Directeur de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes

Membre de l'Académie de Médecine

Le bienveillant accueil que nous avons toujours reçu dans son service, nous a perm d'étudier en toute confiance le sujet de cette th qu'il a bien voulu nous désigner.

Qu'il veuille bien accepter notre respectueuse gratitude et reconnaissance.

A Mon Maître Monsieur DESHAIES

Docteur es-lettres

Médecin Chef de l'Etablissement National
de Bienfaisance de Saint-Maurice

L'expression de nos respectueux
hommages pour la sympathie qu'il nous a témoigné
et l'enseignement dont il nous a fait bénéficier.

À mes Maîtres de l'Hospital Universitariode
de CARACAS et des Hôpitaux de Paris.

Hommages respectueux et vive
reconnaissance.

A tous mes Amis

En témoignage de leur fidélité.

INTRODUCTION

Avant d'aborder le sujet de notre travail, nous allons faire quelques considérations sur le mariage et de certains facteurs qui le facilite à succomber.

En entrant dans l'union de l'homme et la femme, institution sociale appelée mariage, l'être humain passe dans une nouvelle phase de sa vie. Il se détache de son milieu familial, qui jusque là lui donnait la protection auquel il était joint. Créant son propre foyer, il prend sa place dans la chaine des générations faisant comme ses pères pour devenir père à son tour.

Le couple précède la famille et nous nous marions d'abord pour être deux. C'est que cette réunion permet l'assouvissement d'un des besoins les plus fondamentaux de l'individu: le besoin d'amour, par l'établissement d'une relation affective, stable et durable, par la satisfaction sexuelle, par l'assurance d'une présence constante au milieu des difficultés de la vie.

Le couple vit d'un échange permanent où il importe plus de donner que de recevoir, et il n'est pas de vie à deux sans amour, respect, fidélité mutuelle, sans compréhension, confiance et aide réciproques.

La réalité, hélas est parfois bien différente. L'union peut être fragilisée dès l'origine par l'impréparation ou l'immaturité des conjoints que nous retrouvons tout spécialement chez les sujets jeunes ou le choix du partenaire dépend souvent du hasard, de la situation du moment, de désirs passagers peu réfléchis; la grossesse peut jouer aussi un rôle déterminant en entraînant au minimum l'avancement de la date du mariage.

Des conflits affectifs dépendant du degré d'adaptation des sujets aux exigences de la vie quotidienne, des influences extérieures ou des difficultés matérielles, de l'égoïsme de chacun, pourront compromettre la vie conjugale jusqu'à aboutir à ce scandale aux yeux du coeur: le divorce.

Considérant le mariage comme une entreprise aussi essentielle à l'être humain et le divorce comme l'indice d'une faillite aussi dramatique, nous avons été amenés à nous demander quelle incidence le divorce pouvait-il avoir sur la pathologie mentale.

C'est dans ce but que nous analyserons 25 observations de malades mentaux, divorcés ou en procédure de divorce, suivis dans le service du Professeur H. Baruk à l'Etablissement National de Bienfaisance de St-Maurice, ce qui fera l'objet de la première partie de notre travail.

Dans la deuxième partie de celui-ci nous discuterons les aspects moraux, sociaux et médicaux du problème du divorce des malades mentaux.

INCIDENCE DU DIVORCE SUR LA PATHOLOGIE MENTALE

Etude de 25 observations cliniques

Celle-ci concerne des malades suivis à la consultation externe ou hospitalisés dans le service.

Elle ne prétend pas aboutir à des conclusions statistiques mais nous permettra à propos de cas particuliers d'analyser les influences réciproques du divorce et de la maladie mentale.

I - Cas de sujets présentant des troubles mentaux, patents avant le divorce.

Observation N° 1

Mme C... née au Maroc en 1930 est la sixième de huit enfants; son père était propriétaire d'un petit magasin.

Elle est allée à l'école communale, a été une bonne élève; elle a ensuite appris la sténographie et la dactylographie et a trouvé un emploi dans un bureau au Maroc.

Après la mort de son père, les mariages successifs de ses frères et soeurs, elle s'est retrouvée seule avec sa mère pour qui, elle a éprouvé un attachement de plus en plus fort.

Elle quitta le Maroc pour aller en Israël en 1951, et huit mois plus tard présenta des troubles du comportement dans une Ecole de Service Social où elleétait entrée à titre provisoire, se manifestant par un tableau polymorphe d'aspect hypomaniaque, avec subexcitation sans agitation motrice, labilité de l'humeur, habituellement expansive avec rires et chants, parfois brusquement dépressive avec pleurs; familiarité, maniérisme mimique, accélération et incoercibilité du cours de la pensée, hypermnésie, sentiment insolite d'irritabilité à l'égard de son entourage.

Nouvel accès d'excitation hypomaniaque en 1952.

Cinq ans plus tard de nouveau elle est hospitalisée pendant six mois pour un accès d'excitation.

A sa sortie, elle rentre au Maroc où était restée sa famille; elle s'y marie à l'âge de 30 ans et a une fille qui meurt une semaine après la naissance.

En 1961 et 1963 elle est hospitalisée pour un état dépressif.

La famille de Mme C... accusant son mari d'être à l'origine des troubles dépressifs, la pousse au divorce. Malgré l'affection de son époux, elle divorce quatre ans et demi après son mariage, en 1965.

C'est peu de temps après le divorce qu'elle hospitali

dans le service; le tableau clinique est fait d'anxiété, de labilité thymique, d'excitation psychomotrice, d'idées dépressives (pessimisme et crainte de l'avenir), d'insomnie.

Depuis lors, sa famille restreint progressivement le soutien, à la fois moral et matériel, qu'elle pensait pouvoir en attendre après son divorce.

Actuellement elle se retrouve abandonnée et dit-elle "sans pouvoir se tirer d'affaire toute seule".

Il s'agit donc d'une malade atteinte de psychose maniaco-dépressive qui , au cours d'un état mixte, s'est laissée pousser par sa famille à demander le divorce. Celui-ci a déclenché un nouvel accès, directement en rapport avec la situation de solitude due au départ du mari, à l'éloignement de la famille et aggravée par les problèmes matériels que Mme C... doit affronter.

Si les accès antérieurs ont favorablement évolués, c'est que Mme C... pouvait retrouver après chacun d'eux un cadre familial solide; l'absence de celui-ci, assombrit le pronostic de l'accès actuel.

Observation N° 2

Mme P... née en 1911, chirurgien-dentiste de son état, a faitson premier accès de maniaco-dépression il y a 20 ans, des suites d'un accouchement. Depuis , de très nombreux accès se sont succédés, le plus souvent à forme mélancolique, parfois à forme hypomaniaque.

En 1963 son fils, atteint d'un état dépressif, consulte plusieurs psychiatres et l'un d'eux aurait dit qu'il était schizophrène ce qui a aggravé l'état dépressif de Mme P...

A partir de ce moment, la désunion du ménage P... s'accentue. La malade entre dans une période d'inhibition, de douleur morale avec idées d'auto-accusation et d'auto-dépréciation, anxiété, taedium vitae.

Dans le conflit conjugal, interviennent sa soeur et son beau-frère, ce qui aboutit à une demande de divorce.

La malade a été hospitalisée dans le service en 1964 à l'occasion d'un accès dépressif favorisé par la longue procédure du divorce et marqué par une tentative de suicide au barbiturique.

Les effets traumatisants du milieu familial se sont nettement atténués après l'intervention du Pr. Baruk qui provoque une confrontation entre celui-ci et Mme P... et entre Mme P... et son mari. A la suite de ces confrontations, l'atmosphère

se détend, les revendications réciproques cessent, Mme P... reprend confiance en elle-même, fait preuve de coquetterie dans sa tenue, commence à sortir, ses idées noires s'estompent.

Une rechute a lieu, sa famille la poussant au divorce et son mari brisant sa confiance en lui demandant intempestivement de signer la procédure de divorce.

Malgré cette nouvelle dépression réactionnelle, une psychothérapie visant à aider la malade à retrouver sa personnalité a permis sa réinsertion sociale en lui donnant une confiance plus solide en elle-même et actuellement Mme P... a pu reprendre la profession de dentiste qu'elle n'exerçait plus depuis longtemps.

Dans ce cas c'est la procédure de divorce qui a provoqué l'accès mélancolique alors que la maladie était stabilisé depuis logtemps. Tant que la situation semblait inextricable aucune amélioration n'était possible mais la confrontation et la critique objective des griefs réciproques ont constitué un premier résultat et, bien que le divorce paraisse inévitable, ses effets traumatisants en seront prévenus grâce à la reprise par Mme P... d'une activité professionnelle dans le cadre du service, qui lui rend confiance en elle-même et l'entraine de présence affective.

Observation N° 3

Mme E... née en Novembre 1935; elle a présenté un premier accès hypomaniaque à l'âge de 17 ans, avec une rech huit jours après; puis des accès tous les ans à l'époque de so anniversaire.

Depuis 1949, elle a fait de nombreux séjours à l'hôpital psychiatrique d'Oran où elle résidait; puis en 1964 trois mois à l'hôpital Sainte-Anne et quelques lours après sa sortie , a estimé en accord avec son mari, qu'elle devait de nouveau être hospitalisée. A son entrée dans le service ell était très agitée, logorrhéique, elle se plaignait d'insomnie complète et de rêves pénibles si par exception elle s'endormai

Nouvelle hospitalisation en Octobre 1965 pour un accès hypomaniaque avec excitation, fuite des idées, agitation motrice, s'intriquant au cours de son séjour avec des symptôme de la série mélancolique.

Au cours de ces dernières hospitalisations son mari la trompe, tout en lui restant affectivement attaché. Le parents de Mme E... la poussent au divorce sans pour autant en visager de prendre complètement leur fille en charge, celle-ci leur apparaissant comme une malade incurable.

Après la confrontation de son mari et de sa famille, après leur avoir expliqué les caractères évolutifs de l maladie de la patiente, le découragement fera place à une

acceptation beaucoup plus consciente; la demande de divorce sera suspendue et à la suite de la reprise des visites de son mari, que celui-ci avait interrompues, Mme E... sortira en permission pour se réadapter à une vie familiale qu'elle a tout à fait reprise actuellement, aux côtés de son mari.

Malgré la suspension de la demande de divorce, nous avons cité ce cas pour montrer par la négative en quelque sorte, l'effet favorable qu'a pu avoir sur l'évolution de l'accès actuel le maintien d'un cadre affectif et familial qui a permis une réinsertion rapide.

On comprend facilement dans quelle situation catastrophique se serait retrouvée notre malade si on avait pas évité un divorce voulu par une famille peu compréhensive.

Observations N° 4 - 5 - 6

Nous rassemblons les cas de trois de nos malades, atteints de psychose maniaco-dépressive, chez lesquels le divorce a déclenché des accès mélancoliques, en entrainant une recrudescence du sentiment d'abandon et de culpabilité.

Observation N° 7

Mr S... âgé de 47 ans présentait un tableau symptomatique de psychonévrose de guerre avec irritabilité, réactions coléreuses, obtusion confusionnelle intermittente, s'ajoutant à des cauchemars en rapport avec la persécution (fours crématoires, cadavres), et à de l'insomnie.

En 1959 le divorce est demandé par sa femme.

Depuis les symptômes présentés par Mr S... se sont aggravés.

L'état de Mr S... qui était à peu près stabilisé s'est brusquement décompensé lorsqu'a disparu la présence affective qui lui était indispensable et qu'il s'est trouvé seul.

Observation N° 8

Mme S... est née en 1945 à Tunis après un accouchement aux forceps.

A huit ans elle fait une chute d'un arbre, tombe la tête en bas, sans perdre connaissance; depuis elle souffre de céphalée, de vertiges, de malaises survenant chaque fois qu'elle est contrariée.

A 11 ans elle a une crise sans perte de connaissance

avec malaises, palpitations, elle laisse tomber les objets de ses mains, perd ses urines. Un mois plus tard, elle est très impressionnée par l'apparition de ses premières règles.

Elle se marie à l'âge de 15 ans sous la pression familiale et culturelle à un homme plus âgé.

Les trois premiers mois du mariage se sont déroulés sans crise. Puis elle tombe enceinte. Ses crises recommencent, elle sent d'abord des battements de coeur, puis se sent émue ce qui lui permet de prévoir l'imminence d'une crise. Pendant la crise, qui ne dure pas plus de 2 à 3 secondes, pas de dissolution complète de la conscience, elle fait des gestes désordonnés, porte la main au creux épigastrique, les yeux sont revulsés, mais elle ne tombe pas, ne se mord pas la langue, ne perd pas ses urines. Dix minutes après, elle se rappelle ce qui s'est passé avant la crise.

Elle entre dans le service en Juin 1962, consultant pour de petites absences de quelques secondes pendant lesquelles elle ne s'aperçoit de rien. Ses crises étaient devenues plus fréquentes, dix crises dans la journée ou d'avantage, déclenchées surtout par les contrariétés et au moment des règles.

A chaque épisode, c'est seulement la main gauche qui se crispe et la main droite qui se porte à l'estomac; l'oeil gauche est mi-clos, l'oeil droit, normal: elle n'urine pas; après les crises elle dort un quart d'heure.

L'attachement marqué qu'elle éprouvait pour son père, son instabilité caractérielle; son mari très fixé à sa mère, plus des diffcultés matérielles, font apparaître une mésentente conjugale qui aboutira bientôt au divorce.

Quelque temps après, elle est de nouveau hospitalisée dans le service pour une tentative de suicide aux barbituriques, apparemment motivée par une discussion avec un chef de gare (elle aurait perdu son billet au cours d'une absence qu'elle aurait présentée dans le train).

En réalité on peut penser que c'est en prenant brusquement conscience de la situation morale et matérielle dans laquelle le divorce l'avait plongée qu'elle a accompli cet acte de désespoir.

L'immaturité affective des partenaires leur a interdit de surmonter leurs conflits, en particulier les conflits interfamilles.

Après le divorce, Mme S... se trouvait sans soutien affectif de la part de son mari et éloignée de sa famille avec qui elle a transformé le style de rapport du fait du mariage.

L'effet traumatisant du divorce a augmenté les difficultés caractérielles et par suite les aléas d'une réadaptation sociale éventuelle, aggravés par des problèmes matériels du fait de son isolement.

II - Cas de sujets apparemment indemnes des troubles mentaux avant le divorce.

Dans 12 des 17 cas que nous analyserons ici, on a pu retrouver des facteurs externes à l'origine directe du divorce: famille (5 cas), religion (3 cas), maladie du conjoint (2 cas), séparation indépendant de la volonté des conjoints (2 cas).

Dans les 5 derniers cas, le conflit du couple n'a pas été provoqué par une influence extérieure aux deux époux.

Observation N° 9

Mr M... consulte pour un état dépressif.

Il raconte qu'il a eu des relations avec une jeune femme qui en a eu un enfant, il l'a reconnu mais ne s'est pas marié parce que la mère de son enfant n'était pas de son milieu.

Ses amis lui ont fait des remarques à ce sujet et il s'est senti coupable.

Quelque temps après il se marie avec une femme d'origine italienne, sans fortune dit-il. Sous la pression de ses parents qui ont manifesté leur opposition pour des raisons d'intérêt, le mariage est fait sous le régime de la séparation des biens.

Bientôt, intervenant dans la mésentente conjugale, ses parents le dressent contre sa femme jusqu'à ce qu'il n'adresse plus la parole à son épouse et il divorce.

Des amis, ayant fait de nouveau allusion à sa première aventure avec la femme dont il a eu un enfant, il ressent un choc tel qu'il abandonne son travail et commence un état dépressif avec sentiment de culpabilité, anxiété et inhibitions diverses.

Il est indéniable que Mr M... présentait déjà avant son divorce des signes de fragilité psychologique ainsi qu'en témoignent la sensibilité aux remarques de ses amis et la trop grande influence qu'avaient ses parents sur lui. Le divorce a agi en provoquant un état de solitude et de désarroi moral qui eut brutalement rompu l'équilibre précaire auquel il était parvenu.

Observation N° 10

Mme H... âgée de 50 ans, s'est mariée en 1948.

"Au début, dit-elle, cela allait" mais la belle-mère habitait avec eux et progressivement est apparue une mésentente sous l'influence de la mère de son mari. En mars de 1957, son mari la quitte pour vivre avec une autre femme. La belle-mère lui "monte la tête" contre son mari et Mme H... demande la séparation de corps et de biens, qu'elle obtient; c'est le début d'une

période dépressive et actuellement elle continue à consulter pour insomnie chronique.

L'influence de la belle-mère, facteur essentiel de la situation conflictuelle du ménage H... a amené une séparation durement ressentie par Mme H... qui n'avait pas la force de faire face à la situation d'abandon et de difficultés matérielles dans laquelle sa belle-mère ne pouvait l'aider et elle y a réagi par une dépression réactionnelle.

Observations N° 11 - 12 - 13

Citons trois cas dans lesquels l'influence des conflits avec les beaux-parents avait été prédominante dans le divorce, dont un où le mariage avait été établi sous le régime de la séparation des biens, témoignant de l'influence pernicieuse de la famille dès le début. Dans ces cas étaient apparus des symptômes significatifs de dépression particulièrement nets, dès que la procédure de divorce avait été engagée pour aller en s'aggravant jusqu'au divorce.

Dans ces cas, plus que le divorce lui-même, c'est la procédure qui le précède qui apparait comme pathogène, avec la découverte de l'échec, l'extériorisation de l'aggressivité, la rancoeur et l'imminence de la solitude dont les conjoints prennent alors conscience.

Observation N° 14

Mme S... née à Oran en 1924, fille d'un Grand Rabbin, se marie avec un israélite en 1949. Son mari se convertit au christianisme et veut obtenir également la conversion de sa famille. L'existence de ce conflit religieux agit comme facteur de fragilité du couple et elle divorce.

La procédure de divorce qui a lieu dans une atmosphère haineuse est très traumatisante pour notre malade, du fait aussi que la garde des deux enfants a été confiée au père.

Depuis, elle commence à présenter des accès maniaques avec agitation psychique, aggressivité, ironie, propos incohérents, impulsions, fuite des idées, alternant avec des accès de mélancolie.

La mésentente puis le divorce qui en a été la conclusion logique ont démantelé le monde de cette malade: sa religion par le conflit religieux, sa situation matérielle parce ce qu'elle a été chassée de chez elle, ses liens affectifs car elle n'a pas obtenu la garde de ses enfants. Le divorce est bien à l'origine directe de ses troubles mentaux.

Observation N° 15

Mr R... pharmacien, consulte pour un état dépressif.

Sa femme qui est une catholique pratiquante, entre en conflit avec son mari, de religion catholique lui aussi mais

dont les convictions religieuses sont beaucoup plus faibles et qui en tout cas ne pratique pas. Cette cause de disputes, grandie par l'entourage, aboutit finalement au divorce.

C'est à la suite de celui-ci, que Mr R... présente un état dépressif réactionnel.

Mr R... qui était très attaché à sa femme, a ressenti l'hostilité de celle-ci comme un rejet et le divorce final comme un abandon que sa fragilité émotionnelle ne lui a pas permis de surmonter.

Observation N° 16

Pendant 14 ans, Mr B... de religion juive a vécu avec une femme catholique qu'il aimait. Désirant se marier et trouver la stabilité, et ne pouvant le faire avec cette femme sans que l'un d'eux ait à abandonner sa foi, il la quitte et se marie à l'âge de 50 ans avec une femme de religion juive, âgée de 33 ans. Le mariage est malheureux et il divorce un an plus tard. Depuis il souffre d'insomnie rebelle avec état dépressif.

A la suite d'une longue période de tension interne due à des scrupules moraux et religieux, Mr B... a éprouvé un déchirement sentimental qui l'a fragilisé. Lorsqu'il a découvert que son mariage était un échec, il s'est retrouvé dans une situation de solitude affective qui a provoqué la dépression.

Observation N° 17

Mme F... après avoir longtemps supporté les souffrances que lui faisait endurer son mari, alcoolique chronique, demande le divorce.

Elle consulte peu de temps après le divorce pour des céphalées à prédominance occipitale et des cervicalgies, avec troubles neuro-végétatifs divers, hyperémotivité, insomnie chronique, asthénie.

Ces symptômes traduisent l'anxiété de Mme F... d'avoir à se "tirer d'affaire toute seule" comme disait une autre de nos malades (obs. N° 1) et l'espèce de vide qu'elle ressent après avoir longtemps vécu dans la tension et les conflits.

Observation N° 18

Mme M... déprimée se sépare de son mari qui depuis la guerre se trouve dans un état d'apathie, d'irritabilité avec réactions anxieuses, effrayant les enfants. Nous retrouvons, chez son mari, les conséquences de la guerre qui s'expliquent par les bouleversements des conditions de vie qu'elle a entrainés.

La séparation retentit à son tour sur l'état de Mme M... dont les symptômes se sont aggravés par la situation de solitude morale et de difficultés matérielles où elle se retrouve.

Observation N° 19

Pendant la guerre, Mme A... qui vivait à Bucarest dans une atmosphère de peur incessante, a finalement quitté la Roumanie pour aller s'établir en Israel où résidait sa mère, mais son mari ne l'y a pas suivie.

Etant venue en France pour apprendre le métier d'esthéticienne, elle présente des troubles de l'adaptation et vient consulter. Elle a alors 50 ans, se plaint d'être très nerveuse, de ne pouvoir se fixer nulle part, de n'avoir l'envie ni le courage de rien entreprendre. Elle se sent apathique et irritable. Sa mémoire a des défaillances, dit-elle, elle oublie ce qu'on lui dit. La nuit quand elle ne souffre pas d'insomnie elle rêve et la plupart du temps ce sont des rêves pénibles concernant et toutes sortes d'évènements malheureux.

Ces symptômes dépressifs sont apparus après la séparation d'avec son mari et se sont progressivement accentués sous l'influence de la transplantation et des importants problèmes d'insertion sociale qu'elle a dû affronter.

Nous avons cité cette observation bien qu'il ne s'agisse pas d'un divorce à proprement parler, parce que le cas de Mme A..., nous a paru montrer, à l'état pur, si l'on peut dire, les effets traumatisants de la séparation et de la solitude affective et morale.

Il en va de même du cas suivant.

Observation N° 20

Jusqu'au début de la guerre, la vie mentale de Mme K... née en Pologne en 1900 n'a présenté aucune particularité.

Après avoir été séparée de son mari pendant toute la durée de la guerre, elle se retrouva, abandonnée, celui-ci, ayant définitivement quitté la Pologne pour aller s'installer au Mexique avec une autre femme.

C'est peu de temps après cet abandon, à la fin de la guerre, que les troubles mentaux éclatèrent; son humeur devint triste, elle commença à se plaindre de céphalées, de troubles de la mémoire, de réactions émotives incontrolées, et présenta de l'agoraphobie.

Observation N° 21

Mme L... âgée de 28 ans qui est venue consulter pour des symptômes de dépression, avec anxiété, insomnie, idées noires, a vu ses troubles débuter après son divorce et la perte de la garde de ses deux enfants. L'anamnèse ne retrouve pas dans ce cas l'influence de facteurs extérieurs, ni de troubles mentaux patents avant son divorce. Mais Mme L... avait toujours été de caractère inquiet, un peu renfermée sur elle-même, inhibée, en quête d'affection et de réassurance.

La vie ne l'avait pas préparé à un tel traumatisme psycho-affectif, et se retrouvant du jour au lendemain sans foyer, sans situation matérielle assurée, sans affection, elle ne put y résister et présenta les troubles qui l'amenèrent à consulter.

Observation N° 22

Mme A... après un accouchement très difficile en 1952 avait présenté de l'angoisse, des obsessions, crainte d'étrangler son enfant. Des difficultés conjugales étant progressivement apparues, une procédure de divorce fut engagée qui dura sept ans, au terme desquels elle obtint la garde de son enfant.

Depuis qu'elle est seule à s'occuper de son enfant, les obsessions ont repris.

Nous retrouvons chez Mme A... la trace d'une fragilité psychologique antérieure au divorce ainsi qu'en témoignent les troubles présentés après son premier accouchement. C'est la longue période de tension nerveuse et sa brusque interruption par le divorce qui ont provoqué le déclenchement des obsessions de notre malade dès qu'elle a dû assurer, seule, sa subsistance et celle de son enfant.

Observation N° 23

Au cours de fréquentes discussions, Mr C... se voyait reprocher par sa femme d'être "un éternel étudiant", de garder une mentalité de célibataire, de ne pas se soucier des problèmes matériels du ménage, en un mot de refuser de prendre ses responsabilités d'homme marié.

C'est après la séparation de corps que Mr C... vient consulter pour asthénie, fatigabilité, difficultés de concentration et de mémoire.

Chez notre malade, qui présentait une immaturité affective manifeste, le fait de se retrouver seul et de ne pouvoir supporter cette solitude a déclenché des troubles dépressi

Observation N° 24

Mme V... a dû supporter pendant toute son adolescence les querelles continuelles entre son père et sa mère et en a beaucoup souffert. Après leur divorce, les choses ne s'arrangent guère car elle s'entend très mal avec son beau-père, sa mère s'étant remariée. Finalement elle quitte le foyer familial animée du désir de se marier "coute que coute". Son mariage sera un échec, elle se plaindra du comportement "anormal" de son mari, tant sur le plan sexuel que moral, et enfin divorcera

Après une période dépressive pénible, elle fait la connaissance d'un homme pour lequel elle éprouve beaucoup d'affection, mais il fait une méningite tuberculeuse et elle se résoud à ne pas l'épouser. Après ce nouveau choc psycho-affectif, elle est saisie de découragement et commence à s'adonner à la boisson.

Dans ce cas particulier, trois facteurs nous semblent déterminants dans l'apparition de l'éthylisme de notre malade, d'abord le divorce de ses parents et sa mésentente avec son beau-père; ensuite son propre mariage malheureux qui se terminera rapidement par un divorce; enfin une déception sentimentale grave, tout à fait indépendante de sa volonté.

Observation N° 25

Citons finalement le cas de Mme S... qui présente d'importants troubles neurovégétatifs, surtout de la sphère digestive; avec amaigrissement, asthénie, insomnie, dont le facteur pathogène essentiel a été la procédure du divorce avec la longue période d'aggressivité et de rancoeur qui l'a caractérisée.

Au terme de cette étude, il nous semble bien que les effets traumatisants du divorce, la gravité de la situation d'abandon, et de solitude qui en résulte, les possibilités de réadaptation et de réinsertion sociale ont eu un rôle pratiquement identique, aussi bien chez les sujets ayant présenté des troubles mentaux reconnus comme tels avant le divorce, que chez les sujets apparemment sains.

Après avoir étudié nos propres cas, il nous a semblé intéressant d'ajouter à cette étude l'essai de démographie pathologique: "Mariages et divorces chez les aliénés", entrepris par Mr Paul Neven.

Dans un travail statistique portant sur 801 malades mentaux de l'hôpital psychiatrique de Cadillac, les conclusions de l'auteur sont les suivantes:

A) Dans le célibat et le mariage

L'importance de la maladie mentale comme cause de célibat apparait dans une première statistique globale;

I- sur 626 malades mentaux hommes:

-411 sont célibataires

-215 ont été ou sont mariés

ce qui représente une proportion de 65% de célibataires contre 35% de sujets ayant contracté mariage.

II- sur 175 femmes

-108 sont célibataires

- 67 sont ou ont été mariées

ce qui représente une proportion de 62% de célibataires contre 38% de sujets ayant contracté mariage.

Dans cette statistique l'auteur a constaté que: chez les sujets jeunes, internés, en particulier jusqu'à 39 ans on peut constater qu'ils sont plus fréquemment célibataires que mariés. Par contre, pour les sujets internés au-dessus de

40 ans, il se produit le contraire: ce qui veut dire qu'ils sont plus souvent mariés que célibataires.

B) Dans le divorce

L'ordre de grandeur du nombre de divorcés ou séparés est le suivant:

- chez les hommes

on voit 26 sujets sur 626,

soit 4,1% qui sont divorcés

soit 12% de ceux qui ont contracté mariage.

- chez les femmes

il y a 6 d'entre elles sur 175

soit une proportion de 3,4% qui sont divorcées

soit 8,9% du nombre de celles qui sont ou ont été mariées.

Il est d'ailleurs à remarquer que le nombre de sujets divorcés augmente sensiblement avec l'âge par rapport au nombre de sujets mariés atteints d'une maladie mentale.

Nous pouvons nous expliquer la plus grande incidence de troubles mentaux chez les célibataires et les divorcés par rapport aux couples, en prenant les arguments de Mr Odegard, basés sur tels faits que:

I) pour le mariage il y a une certaine sélection, tandis que les individus qui sont personnellement et socialement handicapés, ont plutôt tendance à rester célibataires.

II) il y a une protection dans le mariage, qui défend les mariés contre un déclenchement de troubles mentaux, auxquels le même individu aurait succombé, s'il était resté célibataire, ou en ce qui concerne nos observations à la suite du divorce en se retrouvant dans le célibat.

C'est précisément ce manque de protection, présent dans la plupart de nos cas, qui a contribué au déclenchement ou à l'aggravation des troubles mentaux présentés par les malades que nous avons étudiés.

Dans cette deuxième partie nous allons présenter une discussion concernant les aspects moraux, sociaux et médicaux sur la législation du divorce des maladies mentales en France.

Sur le plan juridique, il faut préciser que, la responsabilité des actes d'un malade mental ne répondant pas à un caractère de faute, dans la législation française, les troubles mentaux ne sont pas admis comme cause de divorce, puisque dans le Droit Français le divorce sanctionne toujours une faute, exigeant un caractère intentionnel aux actes présentés à l'appui d'une instance.

Le Code Civil (article 231) n'admet que trois motifs recevables:

a) les "excès"

b) les "sévices"

c) les "injures graves"

Il peut arriver que de tels faits soient la conséquence d'un trouble mental et pourraient être admis comme cause de divorce, c'est le cas des:

- impulsions des épileptiques
- violences de l'alcoolisme chronique, toximanes
- inconduites de certaines paralitiques généraux
- certaines maniaques
- certaines processus dissociatifs

ou si leur existence avant le mariage a été volontairement dissimulée par le malade à son conjoint.

Tenant compte de la situation légale actuelle dans le contexte qui nous préoccupe, le médecin devra approfondir ses observations sur le conflit du couple pour pouvoir décider s'il s'agit des simples troubles de la thymie et du caractère qui n'obéissent pas à une psychose déterminée ou bien si les plaintes en cause sont la conséquence manifeste d'un état morbide évolutif.

Dans le premier cas le solliciteur pourra poursuivre sa procédure de divorce; dans le second cas l'action intentée ne se trouvera pas recevable.

Par contre, dans les législations d'un certain nombre de pays étrangers, le divorce pour maladie mentale est reconnu. Notons particulièrement en Europe différents pays qui ont adopté ces nouvelles dispositions depuis le dernier siècle; entre autres: Suède, Suisse, Grande-Bretagne, Monaco, Portugal, Allemagne, Norvège, Danemark.

La plupart d'entre eux utilisent deux critères fondamentaux dans la reconnaissance d'une cause valable de divorce.

a) la notion de culpabilité

b) la notion de remède

Ces notions mettent en cause le caractère de faute et la solution à une situation respectivement intolérable.

Les projets de réforme de la législation française sur le divorce des aliénés, a fait l'objet des discussions parfois passionnées; plusieurs projets ont été portés au Parlement sous forme de loi ou d'amendements (amendements Colin 1906, proposition de Maurice Violette en 1907) projets de M.M. Palmade et André Messe en 1927)

Ces amendements et projets fondaient le divorce pour le rendre recevable sur une simple réalité qui supposait l'existence d'une maladie chronique.

Cette chronicité était établie par deux conditions:

1) un délai de trois ans d'internement
2) une attestation d'incurabilité.

Parmi les psychiatres qui ont proposé des modifications sur le divorce des malades mentaux on distingue les noms de G. de Clerembault et de Trenel.

G. de Clerembault a proposé la pratique du divorce "malgré l'aliénation mentale". Exposant en 1911 ses convictions où le divorce serait fondé juridiquement sur un tort réellement causé au conjoint demandeur et non pas sur l'existence de la maladie, ou d'incurabilité, ou de la durée de l'internement.

"C'est une erreur de prendre pour seul critère

d'opportunité d'un divorce le pronostic d'incurabilité".

Il soulève le dilemme "lorsque le sujet dégénéré se trouve à la limite entre les états délirants et l'état viable dénonçant la suivante situation: "ou bien l'individu amoral excitable, susceptible de tuer, sera interné et alors le martyr subi par son conjoint sera, du point de vue divorce, non avenu; ou bien, pour permettre au conjoint le divorce, nous renonçons à l'internement et alors, jusqu'à ce que le divorce soit prononcé, ni le conjoint ni la société ne seront protégés contre les violences" et par conséquent, G. de Clerembault conclut en disant: " que d'un conjoint très légèrement dégénéré on est admis à se libérer, mais qu'on doit rester uni toute sa vie à un dégénéré profond ".

Dans la discussion sur la séance du 25-2-1911 sur "Alliénation mentale et divorce" G. de clerembault résume ses jugements en quatre points:

a) que le critère de la nocivité d'un malade mental ne réside pas dans la durée de la crise délirante. La guérison de cette crise ne prouverait pas que l'individu ait cessé d'être grandement nuisible à sa famille, à la société et à la race.

b) que l'assistance morale du conjoint malade par son conjoint dans le plus grand nombre des cas serait impraticable et illusoire.

c) que les mêmes causes qui entrainent ou ont entrainé l'internement, comportent d'ordinaire la présomption qu'un divorce pourrait être utile, donc qu'il est au moins juste que les faits de la maladie mentale n'apportent pas un obstacle au divorce.

d) que la société a intérêt au divorce des "dégénérés" L'avenir de la race n'étant pas, pris suffisamment en considération par la législation.

En 1927, Trenel envisageait un mode spécial de "dissolution" du mariage selon le terme employé par l'article 227 du Code Civil il proposait la formule suivante: " incompatibilité définitive avec l'état du mariage ". Le Dr. Parant (père) refuse par contre la maladie mentale comme cause de divorce; exprimant le concept de " la morale sociale " et le " problème des probabilités " pour lequel il demande la plus grande réserve et dit-il, c'est le cas ou jamais de se conformer à la maxime du Sage " Dans le doute, abstiens toi ".

Dans ses conclusions il demande aux médecins de faire fi de ce qui peut exister dans d'autres pays, sous d'autres climats, et de demander énergiquement au nom de la justice et de la morale sociale, qu'en France la maladie mentale ne puisse jamais, en aucun cas, être considérée comme cause de divorce.

Après avoir vu la situation juridique telle que les lois l'impose, nous allons discuter brièvement les arguments traditionnels concernant les aspects sociaux, moraux et médicaux, en rapport avec la législation du divorce des malades mentaux.

I Arguments d'ordre social et moral

Dans le Code Civil l'article 212 on lit que l'assistance mutuelle entre époux ne cesse pas d'exister en cas de maladie.

Ce concept pourrait prendre une forme différente dans certains cas de maladie mentale, notamment dans les cas où la personnalité est souvent complètement ou même radicalement transformée: sujets d'une attitude d'indifférence ou de véritable hostilité. Si le divorce peut avoir lieu le conjoint atteint de la maladie mentale ne se trouverait pas dans l'abandon matériel puisque les charges économiques subsisteraient.

Nous considérons que dans ces cas particuliers le divorce devrait être rendu possible en vue du conjoint sain, dont l'existence est très douloureuse et la vie conjugale intolérable.

Il faut naturellement tenir compte du fait que le divorce n'aura pas de conséquences nocives pour le partenaire malade.

Pour arriver à l'intérêt social, il ne faut pas ignorer quant à cette situation qu'il apparaisse de faux ménages, qui n'ont pas une influence favorable pour les enfants.

Le divorce pourrait permettre de changer le foyer et le rendre plus stable.

Pourtant il ne faut pas oublier que la dissociation du foyer donne aux enfants une situation moralement et socialement traumatisante.

Chaque cas doit être analysé individuellement pour pouvoir décider, si on ne peut pas sauver le foyer désuni.

II Arguments d'ordre médical

Les arguments que nous trouvons du point de vue médical, montrent comme les précédents la complexité du problème.

Les critères d'impossibilité d'affirmer l'incurabilité d'une maladie mentale déterminée devront donner la place à la possibilité d'affirmer un pronostic qui est à la base de la science médicale. Si bien il en résulte qu'une chronicité pourrait être critiquée ou incertaine, en s'appuyant sur quelques rares cas de guérisons tardives. Nous croyons que de tels arguments ne devront pas jouer un rôle décisif dans l'argumentation contre le divorce des malades mentaux, n'oublions pas qu'il s'agit d'exceptions.

En deuxième ordre nous indiquons l'affectivité existante chez des malades mentaux, qui éprouvent encore malgré la maladie des liens affectifs avec la famille et ont gardé la capacité de les apprécier.

Un divorce supprimerait ces attentions qu'on leur accorde ce qui pourrait avoir des conséquences pour leur état mental.

On pourrait dans ces cas éventuellement argumenter en faveur du divorce, où l'union familiale est déjà troublée et le foyer désuni. Par conséquence une rupture ne signifierait pas un abandon affectif.

Enfin comme troisième et dernier ordre reste les étiologies particulières.

Agissent-elles comme déclenchement, ou sont-elles de véritables étiologies de troubles mentaux? circonstances qui obligent à une étude particulière, c'est entre autres le cas de psychoses puerpérales.

Il s'y ajoute finalement l'expérience des pays, où le divorce des aliénés, a connu une suite favorable.

Dans ces pays on peut constater, que ces cas de divorce ne seraient peut-être pas aussi nombreux qu'on le peut supposer à priori. Une statistique suisse, portant sur onze années, montre que sur l'ensemble des divorces prononcés, le motif d'aliénation mentale n'intervenait que dans 2%.

CONCLUSIONS

Après quelques considérations générales sur le mariage, nous avons analysé 25 observations de malades mentaux divorcés ou en procédure de divorce, nous en concluons:

I - Dans 8 cas il s'agissait de sujets présentant des troubles mentaux avant le divorce; celui-ci a provoqué chez ces malades un nouvel accès ou une poussée de la maladie.

II - Dans 17 cas il s'agissait, au contraire, de sujets apparemment indemnes de troubles mentaux avant le divorce. Dans ces cas, le divorce est intervenu comme facteur traumatisant à l'origine des troubles mentaux.

III - Au terme de cette étude, il nous semble indéniable que le divorce, avec les perturbations importantes qu'il entraine est un facteur décisif de déclenchement ou d'aggravation des troubles mentaux.

IV - Après avoir présenté une discussion concernant les aspects moraux, sociaux et médicaux sur le problème du divorce des malades mentaux, notre avis est que dans certains cas très particuliers, le divorce pourrait être envisagé.

VU
LE PRESIDENT
Signé = S. DE SEZE

VU
LE DOYEN
Signé = G. BROUET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS
Signé = Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

CALMETTES — Divorce et aliénation
A.M.P. 1912-I

G. de CLERAMBAULT — Discussion sur la séance du 25-2-1911 sur "aliénation mentale et diovrce"
A.M.P. 1911 - I

H. HOLLENDER — Mariage and divorce

JUQUELIER et FILASSIER — Les jurisprudences des tribunaux en matière de divorce et d'aliénation mentale. Commentaires cliniques et médico-légaux 1910

JUQUELIER et FILASSIER — Quelques documents sur la questio " aliénation mentale et divorce "
A.M.P.- 1911- I

L. LADAME (de Genève) — Divorce et hallucination
A.M.P. 1912 - I

L. LADAME (de Genève) — Le divorce pour cause d'aliénatio mentale en Suisse.
A.M.P. 1912 - I

LAWRENCE S-KUBIE — The challenge of divorce; the journal of nervous and mental disease, June 1964

P. LECULIER et R. GOT	Divorce et aliénation mentale
P. NEVEN	Mariage et divorce chez les aliénés.
	Essai de démographie pathologiqu
	A.M.P. - 1946 - II
ODEGARD	The incidence of psychosis in th
	widow and the divorced -1953
ODEGARD	Marriage and mental disease
	Journal of mental science 1946 -
V. PARANT (père)	Législation.
	Les maladies mentales dues au mariage.
	Le pronostic de l'incurabilité.
	A.M.P. 1912 - II
V. PARANT (père)	Divorce et aliénation mentale.
	Réplique à Mr. le Dr. Trenel.
	A.M.P. 1912 - II
EGIS	Folie et divorce.
	A.M.P. 1911 - I

RITTI

Divorce pour cause de dissimulation d'accès de folie antérieure au mariage.
A.M.P. 1912 - I

TRENEL

Sur la remise à l'aliéné de citation à comparaître en matière de divorce.
A.M.P. 1911 - I

TRENEL

Divorce et aliénation mentale.
Réponse à l'article de Mr. Parant.
(A.M.P. juillet 1912)
A.M.P. 1912 - II

TRUELLE

Divorce et aliénation.
A.M.P. 1912 - I

F. DECHOSAL

Le divorce pour troubles mentaux
Etat actuel de la question.
Thèse Méd. Paris 1958.